UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1911 — N° 13

Contribution à l'Étude

DES

Polypes Fibreux du Massif Maxillaire supérieur

A Évolution Extra-Pharyngée

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 8 Juillet 1911

PAR

Roger RICOUX

Né à Philippeville, le 4 Août 1886
Ancien Interne des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY :

MM. **CANGE**, professeur de Clinique ophtalmologique, *Président.*
POUJOL, professeur d'anatomie pathologique et d'histologie.
LEBLANC, chargé des fonctions d'agrégé.
CABANNES, chargé des fonctions d'agrégé.
} *Juges.*

ALGER
IMPRIMERIE F. MONTÉGUT ET A. DEGUILI
12, Rue Charras AGHA

1911

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1911 — N° 13

Contribution à l'Étude

DES

Polypes Fibreux du Massif Maxillaire supérieur

A Évolution Extra-Pharyngée

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 8 Juillet 1911

ACAD. LUXEMBAT. BIBL.

PAR

Roger RICOUX

Né à Philippeville, le 4 Août 1886
Ancien Interne des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY :

MM. CANGE, professeur de Clinique ophtalmologique, *Président.*
POUJOL, professeur d'anatomie pathologique et d'histologie.
LEBLANC, chargé des fonctions d'agrégé. } *Juges.*
CABANNES, chargé des fonctions d'agrégé.

NOTA. — *La Faculté n'entend donner aucune approbation, ni improbation, aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM.	CURTILLET (I. ✿).
ASSESSEUR		VINCENT (I. ✿).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (I. ✿).
Anatomie pathologique et histologie		POUJOL (I. ✿)
Physiologie		REY (I. ✿).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✿).
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✿).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		BRAULT (✲ I. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CURTILLET (I. ✿).
Clinique obstétricale		ROUVIER (✲ I. ✿).
Clinique ophtalmologique		CANGE (A. ✿).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✿ ✪).
Physique médicale et biologique		GUILLEMIN (✲ I. ✿).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✿).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✿).
Histoire naturelle médicale		TRABUT (✲I.✿MA.O❁)
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie		SOULIÉ (I. ✿).
Hygiène et médecine légale		CRESPIN (I. ✿).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM	LEBLANC (A. ✿).
Chaires de pathologie et de clinique internes		GILLOT (A. ✿). N...
Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✿). FUSTER.
Chaire d'histoire naturelle		N...
Chaires de chimie et de physique		MALOSSE (A. ✿).
Chaires de pharmacie et de matière médicale		MUSSO.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

(Premier et faible témoignage
de ma reconnaissance et de mon amour filial)

A MES SOEURS

A MES FRÈRES

A MON BEAU-FRÈRE ACCOLLAS

A MES NEVEUX

A MA FAMILLE

A la mémoire de mes regrettés maitres

les Professeurs TROLARD et SCHERB

A mon Maitre le Docteur SABADINI

Chirurgien a l'Hôpital civil de Mustapha

A M. le Docteur CANGE

Professeur de clinique ophtalmologique

a la faculté de médecine d'alger

A mes Maitres de l'Hôpital de Mustapha

Messieurs les Docteurs

SALIÈGE, GOINARD, H. ABOULKER

Messieurs les Professeurs

VINCENT, SOULIÉ, ARDIN-DELTEIL, REY

CURTILLET, ROUVIER, BRAULT, POUJOL, HÉRAIL

A Messieurs E. CABANNES et LEBLANC

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

A Messieurs les Docteurs

WARROT, BULLINGER, FERRARI

A la mémoire de ma regrettée camarade d'études

Mademoiselle Juliette PETIT

A mes Amis les Docteurs

BONNET, GUEDON, Léonce SABADINI

A mes camarades de luttes corporatives

les docteurs FOURNIÉ, MASSELOT L., LAQUIÈRE, BIT, DESHAYES, SENEVET, WITTAS, ROUVIER, GASSIOT

Je dédis cette Thèse

Roger RICOUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CANGE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

MÉDECIN MAJOR DE L'ARMÉE

INTRODUCTION

Avant d'entrer dans la discussion de ce sujet, il est pour nous un devoir de remercier Monsieur le Professeur Cange de la bienveillance qu'il eut pour nous lors de notre internat à sa clinique, et pendant la durée de nos études. Et c'est pour nous une joie que de traiter cette thèse qu'il a bien voulu nous inspirer et de l'en avoir vu accepter la présidence.

Nous ne saurions oublier notre maître, le docteur Sabadini, chirurgien à l'hôpital, qui nous laissa toujours une si grande initiative. Qu'il me soit permis de rappeler sa bonté, et la façon toute paternelle dont il traite ses élèves, pour pouvoir dire le bon souvenir que nous gardons de ce maître.

HISTORIQUE

CHAPITRE I

Notre but, dans ce chapitre, est de prouver que les polypes naso-pharyngiens ont pour point de départ non les os de la base du crâne, mais le massif facial, et qu'ils ont, par suite, dans le massif maxillaire supérieur, une origine commune avec les polypes à évolution extra-pharyngée. En effet, si nous remontons avant 1860, nous voyons qu'on faisait alors insérer ces fibromes sur la face antérieure des premières vertèbres cervicales, surtout celle de l'axis. Cependant, à cette époque, Verneuil écrivait : « Malgré les efforts des anatomo-pathologistes modernes, nos connaissances sur l'insertion des polypes naso-pharyngiens sont très incomplètes encore, et n'ont nullement cette précision si désirable pour guider la chirurgie et la médecine opératoire. » En vérité, si nous compulsons les divers travaux faits à ce sujet, nous verrons que les chirurgiens, avec le temps, s'éloignent, peu à peu, des insertions vertébrales cervicales, pour arriver, sans toutefois nier ou oser contredire les examens de leurs prédécesseurs, à avouer que, dans la majorité des cas, ces polypes fibreux ont surtout un point de départ choanoïde. En 1864, Nélaton, avec son élève Robin Massé, admet, pour ces tumeurs, une zone

d'implantation fixe : « le périoste très épais qui couvre l'apophyse basilaire de l'occipital et le corps du sphénoïde. » Cette tendance à admettre un point d'insertion de ces fibroïdes, toujours plus en avant, apparaît par la suite de plus en plus. Follin, dans son traité de pathologie externe paru en 1872, écrit : « Le point d'implantation exacte des fibromes des fosses nasales est encore très contesté. D'après Robert et Michaux, non seulement l'apophyse basilaire de l'occipital, le corps et les ailes du sphénoïde et la base du crâne proprement dite, sont l'origine habituelle de ces tumeurs, mais on peut encore les rencontrer dans d'autres points des fosses nasales. »

Poulet et Bousquet, dans leur traité de pathologie externe de 1893, disent : « Les auteurs ne sont pas absolument d'accord sur la question de savoir où se fait l'implantation de ces tumeurs. Pour Gosselin, cette insertion peut se faire : 1° dans les fosses nasales elles-mêmes, surtout à la partie la plus reculée de la lame de l'ethmoïde et des cornets (insertion nasale) ; 2° à la limite du pharynx et des fosses nasales, sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde (insertion naso-pharyngienne) ; 3° sur l'apophyse basilaire et les premières cervicales (insertion cervicale).

Par contre, Kirmisson, dans le manuel de pathologie externe des quatre agrégés de 1903, formule ainsi son opinion : « Autrefois, on pensait que le point d'implantation de ce fibrome était extrêmement variable et pouvait se faire sur les différentes parties des fosses nasales et de la cavité pharyngienne. De là la division en polypes nasaux, naso-frontaux, naso-maxillaires et naso-pharyngiens. Ces données ont été singulièrement modifiées par les travaux de Nélaton. Pour l'école de Nélaton, en effet, le seul point d'implantation primitif des polypes naso-pharyngiens, c'est la base

du crâne, au niveau de l'apophyse basilaire et du corps du sphénoïde, plus rarement au niveau du sommet du rocher et des apophyses ptérygoïdes. En un mot, l'insertion de ces tumeurs serait limitée à un espace compris entre l'insertion du muscle grand droit antérieur et l'articulation du sphénoïde avec le vomer d'avant en arrière, et les fosses ptérygoïdes latéralement. »

Voici maintenant l'opinion de Forgues, recueillie dans son « Précis de pathologie externe de 1908 : « Né de l'apophyse basilaire, qui est le point de départ fréquent, mais non exclusif, ou d'une autre région de la base du crâne (corps ou aile du sphénoïde, base de l'apophyse ptérygoïde ou du vomer), le fibrome obstrue d'abord la portion nasale du pharynx. »

Bourgeois et Lenormand écrivent aussi dans leur Précis de Pathologie chirurgicale : « La tumeur se développe le plus souvent sur le trousseau fibreux qui recouvre le corps du sphénoïde et l'apophyse basilaire de l'occipital ; elle pourrait s'insérer aussi sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde et sur les premières vertèbres cervicales. »

Si nous nous adressons aux grands traités de chirurgie, nous voulons ici parler du traité de Le Dentu et Delbet et de celui de Duplay et Reclus, nous y voyons Castex, dans le premier, émettre cette opinion que : « L'origine du fibrome naso-pharyngien a été longtemps discutée. On doit, avec Kœnig, diviser ces tumeurs, suivant leur point de départ, en intra-pharyngées et extra-pharyngées.

1° Les polypes intra-pharyngés naissent sur la face antérieure des premières vertèbres cervicales, de la face inférieure de l'apophyse basilaire, du corps

du sphénoïde, de la face interne de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde ;

2° Les polypes extra-pharyngés ont leur origine au niveau du trou déchiré antérieur, du fibro cartilage qui ferme ce trou, de la suture pétro-occipitale et de la fosse ptérygo maxillaire. »

Pierre Mocquot, dans la Pratique Médico-Chirurgicale de 1911, dirigée par Pinard, Brissaud et Réclus, émet l'opinion suivante qui, ainsi que nous allons le dire, tend à prévaloir, à savoir que : « Actuellement, on tend à admettre que, dans la majorité des cas, ces fibromes s'implantent non sur l'*apophyse basilaire*, ou sur la *face antérieure des vertèbres cervicales*, mais au voisinage de l'*orifice postérieur des fosses nasales*, soit à la partie supérieure des choanes, dans la région sphéno-ethmoïdale, soit sur l'aile interne de la pterygoïde, sur le vomer, sur le palatin, le toit nasal. »

Ces conclusions, déjà en 1891, dans leur traité de chirurgie, Duplay et Reclus les reconnaissaient, et, sans être aussi affirmatifs, n'écrivent-ils point : « Nous adoptons pleinement les conclusions modernes, à savoir que, si, dans l'immense majorité des cas, les fibromes naso-pharyngiens s'insèrent sur la surface basilaire, ils peuvent aussi prendre naissance sur l'orifice postérieur des fosses nasales, l'aile interne de l'apophyse pterygoïde. »

Enfin, la question de ce point de départ des polypes naso-pharyngiens a été de nouveau abordée et discutée à la « Société de Chirurgie de Paris » au commencement de l'année 1910. Rouvillois et Sieur se sont catégoriquement rangés à l'opinion de Jacques, de Nancy, qui, à la Société française d'Oto-rhino-laryngologie de 1908, considérait les fibromes naso-pharyngiens comme des « tumeurs de la région pro-

fonde du toit nasal, et du recessus sphéno-ethmoïdal».

Pour préciser, Rouvillois, compulsant les observations publiées à la « Société de Chirurgie de Paris » depuis 1860, a relevé 19 observations de polypes naso-pharyngiens ayant une insertion autre que l'apophyse basilaire. Leur analyse lui a permis de trouver 12 insertions sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, 9 au vomer, 5 au sphénoïde, 3 à l'ethmoïde et 3 au tissu fibreux du trou déchiré antérieur.

Cette opinion est également défendue avec autorité par Sébileau, qui conclut ainsi : « Cette implantation ne se fait pas, au sens propre du mot, à la base du crâne, mais bien, au contraire, sur le pourtour de la région choanoïde, sur le vomer, le palatin, le toit nasal. En fait, cette insertion est *faciale et non pas crânienne*. Je crois que jamais les fibromes naso-pharyngiens ne naissent sur l'apophyse basilaire, où depuis tant d'années les localise presque exclusivement la légende. »

Ainsi, au fur et à mesure que se succèdent des cas mieux observés et que se perfectionnent les méthodes d'investigation, nous voyons se préciser la question si importante du point de départ du polype naso-pharyngien, que l'on tend à rapporter sur une région plus antérieure. L'insertion primitivement vertébrale, est devenue basilaire ; elle est, du moins maintenant, pour la majorité des chirurgiens, périchoanale.

« Pourquoi, disait Potherat, nos anciens maîtres s'y étaient-ils trompés à ce point ? C'est que, à l'époque où ils vivaient, la spécialisation n'existait point, ou était entièrement restreinte, et ne disposait pas des procédés modernes d'investigation, que les moyens à opposer à ces tumeurs qui nous occupent étaient sans efficacité, ou d'une efficacité imparfaite ;

les polypes naso-pharyngiens échappaient à l'observation pendant la période de leur développement caché derrière la voûte palato-staphylienne ; les malades ne venaient demander un remède à la chirurgie que lorsque la tumeur, comblant totalement le cavum, débordait le voile du palais, obstruant jusqu'à l'ishme du gosier, leur rendant la vie impossible autant par la gêne de la déglutition que par l'entrave apportée à la respiration. »

« Comment, dans ces conditions, s'assurer du lieu de l'implantation exacte de ces tumeurs ? On ne pouvait glisser le doigt, ni même un instrument, entre elles et la colonne vertébrale ; parvenait-on, par hasard, à insinuer un instrument aplati, par exemple une spatule, celle-ci s'arrêtait toujours au niveau de l'apophyse basilaire. L'ensemble des signes physiques concordait avec le raisonnement pour fixer l'implantation de ces tumeurs fibro-vasculaires au niveau du périoste épais, charnu, riche en vaisseaux de l'apophyse basilaire. »

Donc, et sans rejeter la possibilité d'une insertion basilaire, nous pouvons conclure que la plupart des polypes dits naso-pharyngiens sont des tumeurs à insertion faciale, et non crâniennes, que ce sont des tumeurs pédiculées nées aux dépens du massif maxillaire supérieure et à évolution intra-pharyngée. Gross, Rohmer et Vautrin avaient raison dans leur « Précis de Pathologie chirurgicale », d'établir plusieurs variétés de tumeurs naso-pharyngiennes. C'est ainsi qu'ils décrivaient : « 1° *Le fibrome ou polype fibreux naso-pharyngien proprement dit.* Ce fibrome naît de la face inférieure de l'apophyse basilaire, du corps du sphénoïde et sur divers points des fosses nasales, de l'ethmoïde. Il constitue une variété assez rare. La

tumeur se développe dans la cavité naso-pharyngienne et s'accroît de préférence vers le pharynx. C'est le polype de la base du crâne ou polype basilo-pharyngien de Terrier. »

« 2° *Le fibrome ou polype naso-pharyngien multilobé,* qui a son origine sur la face interne de la lame interne de l'apophyse ptérygoïde, au niveau de la fente ptérygo-maxillaire et sur son pourtour. Ce fibrome se caractérise par les prolongements qu'il pousse en diverses directions et qui sont au nombre de quatre principaux. Un premier prolongement se dirige en arrière dans le pharynx, par l'orifice postérieur des fosses nasales ; il repousse en avant les piliers postérieurs et le voile du palais et vient faire saillie jusqu'au niveau de l'axis et de la troisième vertèbre cervicale. Un second prolongement remplit la fosse nasale, d'où il pénètre dans le sinus maxillaire, les sinus ethmoïdaux et frontaux. En grandissant toujours, il refoule et écarte les parois osseuses voisines, sans les envahir, ni les englober dans la dégénérescence, mais en les atrophiant par la compression. Dans les fosses nasales, le fibrome comprime, déforme et fait disparaître les cornets, il dévie et use la cloison et le vomer, refoule les os propres du nez en avant. Arrivé dans le sinus maxillaire, il rencontre une tumeur développée dans cette cavité ; en pénétrant dans les cellules ethmoïdales, il se propage jusqu'à l'intérieur du crâne. Un troisième prolongement passe par le trou sphéno-palatin, qu'il élargit, et pénètre par la fente sphéno-maxillaire dans le trou orbitaire. Enfin, par la fente ptérygo-maxillaire, le fibrome peut arriver dans la fosse sphéno-maxillaire et former un lobe rétro-maxillaire. Celui-ci peut se développer à la fois au dessus ou au dessous de l'arcade zygomatique, être

divisé en deux lobes accessoires se dirigeant l'un vers la fosse temporale, l'autre vers la joue. »

Ils y ajoutent enfin une troisième variété : *le fibroïde de la fosse ptérygo-maxillaire,* ou plus exactement, et c'est, à notre avis, le terme qui lui convient le mieux, *le fibroïde extra-pharyngé.*

« Le fibroïde de la fosse ptérygo-maxillaire, ou fibroïde extra-pharyngien, naît sur le pourtour du trou déchiré antérieur, dans le voisinage de la suture pétro-occipitale, ou dans la fosse ptérygo-maxillaire, auquel cas il constitue une tumeur rétro-maxillaire. Il se développe dans la fosse sphéno-maxillaire, soit en haut au dessus de l'arcade zygomatique, dans la fosse temporale, et soit en bas, au dessous de cette arcade, derrière la branche montante de la machoire inférieure. Il peut pénétrer par la fente sphéno- maxillaire dans la cavité orbitaire, et par le trou sphénopalatin dans la cavité naso-pharyngienne. »

Du reste, Kœnig, dans son « Traité de Chirurgie spéciale », avait déjà divisé les polypes en intra-pharyngés et extra-pharyngés. « Ces polypes extra-pharyngés, écrivait-il, ont leur point de départ au niveau du trou déchiré antérieur, du fibrocartilage basilaire qui ferme ce dernier, et de la suture pétroso-occipitale, ou bien ils naissent dans la fosse ptérygo-palatine sous le nom de tumeurs rétro-maxillaires. »

Si nous en croyons Gross, Rohmer et Vautrin, Langenbeck aurait fait connaître la première observation de tumeur rétro-maxillaire. Rohmer en aurait observé un cas à la clinique de Michel, de Nancy. A la Société de Chirurgie, au commencement de 1910, Delbet a présenté une observation de fibrome du maxillaire. Cette observation était relative à un jeune homme de 16 ans et demi, qui, en l'espace de 18 mois,

avait vu se développer une tumeur bilobée dont la portion principale occupait la joue gauche, et dont le prolongement, passant sous l'arcade zygomatique, avait fusé dans la fosse temporale. Après intervention par la voie buccale, Delbet fut assez heureux pour déloger le prolongement temporal de la tumeur et isoler aisément la face externe de sa portion jugale ; il rencontra des difficultés au niveau de la face interne seulement, qu'une solide adhérence reliait au bord postérieur de la tubérosité du maxillaire. A l'aide d'un rugine, le pédicule fut désinséré, laissant à son point d'implantation l'os dénudé. Et P. Delbet conclut : « Tous ces caractères, âge, sexe, du sujet, origine périostique ou osseuse, rapidité et modalité du développement, forme histologique, sont ceux que l'on observe dans les polypes naso-pharyngiens. Aussi, malgré son âge très différent de celui des polypes naso-pharyngiens ordinaires, elle me paraît devoir être rapprochée de ces derniers. »

A l'occasion de la communication de Delbet, Nélaton rapportait, à la séance du 9 février 1910, un cas de « Polype ressemblant, par sa structure, à un polype naso-pharyngien implanté sur la face externe de l'apophyse ptérygoïde gauche, et ayant évolué vers la région massétérine et la face interne de la joue ». Il s'agissait, cette fois, d'un malade qui, après deux interventions incomplètes, était revenu avec une récidive notable de sa tumeur. Celle-ci déformait la joue d'une façon considérable, remontant en haut jusqu'au malaire et l'arcade zygomatique, descendant, vers le bas, jusqu'à deux travers de doigt du bord du maxillaire inférieur ; la même distance le séparait de l'angle labial en avant et du masséter soulevé en arrière. La fosse temporale était plus pleine que celle du côté sain et la pression sur la masse principale de la tu-

meur soulevait les téguments de cette région. Il existait enfin un léger renflement de la paupière inférieure. Les deux premières interventions avaient été faites par la voie buccale et il semble bien qu'elles n'aient eu d'autre résultat que de déterminer l'adhérence de la tumeur récidivée à la muqueuse buccale. La troisième et dernière intervention eut lieu par voie cutanée et après rabattement d'un vaste lambeau jugal triangulaire à sommet interne. La tumeur fut ainsi facilement abordée ; puis après libération d'une adhérence à la muqueuse buccale, elle fut attirée hors de la plaie, ce qui eut pour effet d'amener le prolonguement temporal du néoplasme dont on se mit en devoir de poursuivre, dès lors, le pédicule. Celui-ci s'enfonçait très profondément jusqu'à l'entrée de la fosse ptérygo-maxillaire, et les ciseaux courbes le détachèrent au contact du bord antérieur et de la face externe de l'apophyse ptérygoïde.

A une séance ultérieure (16 février 1910), Paul Michaux insistait à nouveau sur l'intérêt présenté par les deux observations ci-dessus résumées.

« Parmi les rares observations de fibromes du massif maxillaire supérieur, disait-il, on en retrouve une ou deux dans lesquelles l'évolution et l'extension du polype se rapprochent, en effet, des caractères cliniques et de l'évolution des fibromes naso-pharyngiens. » Et après avoir rappelé les cas de Trennery, de Fergusson et de Bérard, il ajoutait : « Les faits de cet ordre sont très rares, les examens histologiques font défaut et il nous faudra de nouvelles observations bien précises, comme celles de Nélaton et Delbet, pour établir, d'une façon définitive, l'existence de polypes fibreux vasculaires périostiques nés dans le massif maxillaire supérieur et cheminant dans la

fente sphéno-maxillaire et dans la fosse qui lui fait suite. »

Mauclaire, dans les « Archives générales de Chirurgie » de décembre 1910, apporte un nouveau cas de fibrome périostique du maxillaire supérieur que nous rapportons plus loin. Cette tumeur était pédiculée et son point de départ était le périoste du maxillaire. Après avoir rappelé les discussions qui ont eu lieu à la Société de Chirurgie et les faits de Nélaton, de Delbet, les cas colligés par Rouvillois, il constate que « son cas complète le circuit » et qu'il est logique de rapprocher tous ces cas dans un seul et même groupe: *les polypes fibreux périostiques du massif maxillaire supérieur.*

Enfin, dans la Province Médicale du 2 février 1911, M. le professeur Cange rapportait un cas de polype extra-pharyngien, que nous publierons plus loin *in extenso,* avec l'exposé des raisons pour lesquelles il a cru pouvoir les rapprocher des faits publiés par Nelaton et par Delbet.

Ainsi le massif maxillaire tout entier peut donner naissance à des tumeurs fibreuses qui, suivant leur lieu d'origine et leur tendance évolutive, peuvent se développer dans la cavité naso-pharyngienne, auquel cas elles constituent des polypes naso-pharyngiens proprement dits, soit, au contraire, se développer en dehors d'elle et constituer des fibromes extra-pharyngiens. L'évolution de ces tumeurs extra-pharyngiennes, leur mode de développement, l'étiologie même montrent encore, ainsi que nous le démontrerons tout-à-l'heure, leur étroite parenté avec les polypes naso-pharyngiens.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Fibrome du maxillaire supérieur

(Delbet, *Société de Chirurgie de Paris*, 12 janvier 1910)

Jeune homme âgé de 18 ans.

La joue du côté gauche était très notablement tuméfiée et, en outre, on est frappé par la présence d'une seconde tuméfaction siégeant plus haut, qui s'étendait de l'angle externe de l'œil à la partie supérieure du pavillon de l'oreille.

L'examen permettait de reconnaître que la tumeur principale, développée dans la joue, avait envoyé un prolongement qui remontait, en passant sous l'arcade zygomatique, jusque dans la fosse temporale.

Tout cela s'était développé en l'espace de dix-huit mois, sans déterminer ni douleur ni troubles fonctionnels. La consistance de la tumeur est presque molle ; aussi le diagnostic auquel je m'arrêtais après de nombreuses hésitations était celui de lipome de la boule graisseuse de Bichat.

Je fis l'intervention, le 18 octobre 1909, par la voie buccale. J'incisai verticalement la muqueuse de la joue, en ménageant le canal de Sténon. J'arrivai sur le pôle inférieur de la tumeur, je constatai immédiatement qu'elle n'était pas lipomateuse, et je trouvai sur sa face externe la boule de Bichat, parfaitement intacte.

La consistance de la tumeur était plutôt molle que dure, mais elle était résistante. Elle ne cédait pas sous le doigt, on pouvait la saisir avec des pinces, aussi continuai-je mes tentatives d'extirpation par la voie buccale. Je fis assez facilement le tour de sa face externe, car il n'y avait pas là d'adhérence. Le prolongement de la fosse fut assez difficile à déloger ; j'y réussis cependant sans déchirer la tumeur. Mais à la face interne existait une adhérence invincible avec le bord postérieur de la tubérosité du maxillaire. Là était évidemment le pédicule, l'origine de la tumeur ; je ne pus le détacher qu'à la rugine. Ce détachement fait, on sentait très bien l'os à nu et irrégulier. L'hémorragie, qui fut assez abondante, s'arrêta par la compression. La tumeur fut enlevée en totalité, sans morcellement, d'une seule pièce.

Les suites opératoires furent très simples. La joue resta quelque temps un peu œdémateuse, puis le jeune homme quitta l'hôpital en bon état.

Au point de vue histologique, la tumeur est un fibrome, mais un fibrome particulier. Il présente de vastes et nombreuses dilatations lymphatiques, bordées d'un endothélium bien reconnaissable au microscope, de sorte qu'on pourrait l'appeler fibrome lymphangiectasique.

Permettez-moi de vous faire remarquer que cette tumeur s'est développée chez un garçon, qu'elle a débuté lorsque le malade avait 16 ans et demi, qu'elle a évolué rapidement, qu'elle avait une tendance à s'insinuer dans les loges osseuses, poussant des prolongements là où la résistance est moindre, qu'elle est un fibrome contenant des vaisseaux lymphatiques, sanguins, qu'elle a pris naissance sur l'os. Tous ces caractères, âge, sexe du sujet, origine périostique ou osseuse, sont ceux que l'on observe dans les polypes naso-pharyngiens. Aussi malgré son siège très différent de celui de ces polypes, elle me paraît devoir être rapprochée de ces derniers.

OBSERVATION II

Polype ressemblant par sa structure à un polype naso-pharyngien, implanté sur la face externe de l'apophyse ptérygoïde gauche et ayant évolué vers la région massétérine et la face interne de la joue.

(Nelaton, *Société de Chirurgie de Paris*, 9 février 1910)

Le malade entre à l'hôpital le 8 juin 1909. Il se présente pour être soigné d'une grosseur siégeant au niveau de la joue gauche.

Cette tumeur est apparue au commencement de mars 1909. Son développement s'est fait peu à peu sans à coup, sans avoir à aucun moment subi une poussée inflammatoire. Elle n'est le siège d'aucune douleur, et elle détermine seulement un peu de gêne pendant la mastication.

Examen du malade. — On constate au niveau de la joue une tuméfaction absolument indolente. Celle-ci a la grosseur d'un petit œuf de pigeon ; la palpation montre qu'au milieu de la tumeur de consistance mollasse et pseudo-fluctuante existe une partie plus dure. La tumeur s'étend depuis un travers de doigt au-dessous du zygoma jusqu'à un travers de doigt et demi du bord inférieur du maxillaire inférieur. Examinée par l'intérieur de la cavité buccale, elle se montre sous l'aspect d'une saillie ovalaire dont l'axe est parallèle à l'arcade dentaire. Elle siège et prédomine en dehors de cette dernière, et occupe le sillon gingivo-buccal ; à ce niveau, la coloration de la muqueuse est un peu plus foncée que celle de la muqueuse adjacente, et on constate des varicosités légères à sa surface.

Si on fait contracter les masséters du malade, la tumeur fait une saillie plus nette, au niveau de la joue, et semble s'énucléer sous le bord antérieur de ce muscle.

Si l'on fait mâcher du pain au malade, on ne constate, dix minutes après cette épreuve, aucune augmentation de la tumeur.

La recherche de l'orifice du canal de Sténon montre, un peu au-dessous de la tumeur, une sorte de petite ombilication dans laquelle on ne peut introduire aucun stylet. A aucun moment le malade n'a présenté de phénomènes douloureux. A aucun moment, non plus, il ne semble avoir expulsé par la bouche de concrétions quelconques.

On ne constate en aucun point, ni devant le tragus, ni dans la région sous-maxillaire et carotidienne, de ganglions augmentés de volume, il n'y a pas de paralysie faciale.

Première opération (avril 1909). — On fait, après badigeonnage de la tumeur à la teinture d'iode, une incision buccale au sommet de cette dernière. Aucun liquide ne s'écoule, mais on voit une masse graisseuse faire hernie entre les lèvres de l'incision. On exerce sur la masse ainsi herniée, à l'aide d'une pince, des tractions, et on extirpe un petit amas graisseux de la grosseur d'une noix, semblant faire corps avec la boule de Bichat. On sent, après cette ablation, que, sous le masséter, il existe encore une petite masse adipeuse. Une mèche est mise dans la plaie, elle suffit à arrêter le suintement sanguin, qui est d'ailleurs peu considérable, et est laissée en place.

Suites. — La mèche est retirée au bout de quarante-huit heures, laissant néanmoins après elle un noyau dur au niveau de la région masséterine.

Le malade, les jours suivants, présente plusieurs épistaxis assez considérables. L'examen des fosses nasales fait par le Dr Collinet ne donne aucun renseignement permettant de localiser le point qui saigne. La tumeur augmentant de nouveau de volume, on décide une deuxième opération.

Deuxième opération (15 juin 1909). — Le malade étant anesthésié à l'éther, on fait, après nettoyage au savon de la

face interne de la joue, une incision buccale, portant sur le point le plus saillant de la tumeur.

On tombe d'emblée sur une masse fibreuse que le doigt énuclée sur sa périphérie, mais qui est adhérente, dans la profondeur. Après l'avoir saisie avec des pinces de Kocher, on essaye de l'attirer. On constate alors, en poursuivant son pédicule avec le doigt, que celui-ci se prolonge dans la profondeur. On libère, par quelques coups de ciseaux, des adhérences latérales, et on amène une masse grosse comme une noix, de coloration blanchâtre, de consistance ferme, avec quelques noyaux dans son épaisseur. Cette petite masse est fixée dans la profondeur maxillaire supérieur ; on détache ses adhérences avec les ciseaux courbes. L'ensemble de la tumeur se présente alors, une fois extirpée, sous l'aspect d'une masse blanchâtre, de la grosseur d'une noix assez volumineuse, et à laquelle est appendue, à son extrémité périphérique, une masse lipomateuse plus volumineuse que la tumeur elle-même. On enfonce dans la plaie qui saigne modérément une mèche de gaze.

Suites. — La mèche est retirée au bout de quatre jours. Il persiste néanmoins un empâtement marqué de la région. Le malade a de nouveau, les jours suivants, une épitaxis. Il quitte l'hôpital le 25 juillet ; à ce moment, la tuméfaction a totalement disparu.

Le malade rentre à Boucicaut le 18 octobre 1909. La tumeur est réapparue, plus considérable cette fois. Moins limitée qu'auparavant, elle déforme la joue d'une façon assez considérable, remontant jusqu'au niveau de l'os malaire et de l'arcade zygomatique, descendant deux travers de doigts du bord inférieur du maxillaire inférieur. En avant, elle va jusqu'à deux travers de doigts de l'angle labial. En arrière, elle soulève le masséter et s'étend jusqu'à deux travers de doigts du tragus. On constate, en outre, que la fosse temporale est plus pleine que du côté sain, et, en appuyant sur la tumeur, on soulève les téguments de cette région. Un très léger gonflement de la paupière

existe de ce côté. Du côté de la bouche, la tumeur fait une saillie marquée, résistante, de consistance néanmoins inégale, et adhérente à la cicatrice des opérations antérieures.

On décide une troisième intervention, qui a lieu le 26 octobre 1909. — Le malade est anesthésié à l'éther avec l'appareil d'Ombredanne. On fait sur la face externe de la joue une incision angulaire à sommet interne, et dont les côtés inclinés l'un sur l'autre à angle aigu, ont environ 6 centimètres de long. Les vaisseaux superficiels sont pincés et liés au catgut. On tombe sur la tumeur ; celle-ci adhère d'une façon intime à la muqueuse, à sa partie inférieure. On ne peut l'en séparer, et on est obligé, pour l'extérioriser, de sectionner d'un coup de ciseau cette muqueuse.

La tumeur s'énuclée hors de la plaie. En tirant sur elle, on voit apparaître un prolongement qui, glissé sous l'arcade zygomatique, est remonté dans la fosse temporale. Ce prolongement s'énuclée complètement et est extériorisé avec la partie périphérique de la tumeur. On poursuit alors le pédicule de cette dernière. On constate qu'il plonge sous le bord antérieur du masséter, et s'enfonce profondément jusqu'à l'entrée de la fosse ptérygo-maxillaire. On décolle à la compresse, et par quelques coups de ciseaux, les parties latérales du pédicule, et le doigt qui le poursuit arrive au contact du bord antérieur et de la face externe de l'apophyse ptérygoïde. Avec les ciseaux courbes, on détache le prolongement et la tumeur est enlevée.

Une hémorragie assez abondante de sang, d'apparence veineux, se fait dans le fond de la région. Un tamponnement un peu serré et un peu prolongé l'arrête complètement, et il ne persiste qu'un léger suintement dans le fond de la plaie. On place dans celle-ci une forte mèche de gaze serrée, dont une extrémité s'enfonce au niveau de la ptérygoïde, et dont l'autre extrémité est attirée dans la bouche, au niveau de la plaie de la muqueuse. La peau est suturée, sans drainage extérieur, par plusieurs points séparés à la soie.

La tumeur ainsi enlevée se présente sous l'aspect d'une masse de consistance ferme, de coloration blanchâtre, légèrement rosée par places, et dont la totalité est du volume d'une mandarine irrégulière et un peu déformée.

Suites. — La mèche est diminuée de jour en jour au niveau de son extrémité buccale. Le malade se lave la bouche plusieurs fois par jour avec de l'eau chloratée et de l'eau oxygénée, l'odeur étant forte au niveau de la mèche, celle-ci est retirée au bout de 10 jours.

Le malade présente un gonflement marqué de la région pendant 3 semaines, et même au bout de ce temps, on voit une rougeur un peu douloureuse se former à la partie supérieure de l'incision. Un pansement humide en vient rapidement à bout.

Actuellement, la tuméfaction a disparu. Le malade ne ressent ni gêne, ni douleur au moment de la mastication. Il présente simplement un peu de paralysie faciale, portant sur la région labiale gauche.

Examen histologique fait dans le laboratoire de Lecène. — Il s'agit d'un fibrome avec de nombreuses cavités vasculaires ; en aucun point, on ne trouve de sarcome.

OBSERVATION III

Enorme Fibrome pur de la partie inférieure du maxillaire supérieur

(Dr Mauclaire, *Archives générales de chirurgie* de décembre 1910)

N...., âgé de 40 ans, a vu se développer depuis 4 ans, c'est-à-dire en 1903, et progressivement, au niveau du maxillaire gauche, une petite tumeur très dure et non ulcérée. Examiné il y a un an par le médecin traitant, le

Dr Saint-Cyr, cette tumeur était très adhérente et grosse comme un petit œuf, et insérée sur la voûte osseuse palatine à la hauteur de la première petite molaire, elle intéressait aussi le rebord alvéolaire.

Il semble que, dans son évolution, cette tumeur ait d'abord présenté un prolongement intra-buccal repoussant le sinus maxillaire en haut d'une part, et d'autre part en bas, la langue avec la mâchoire..

Puis un deuxième prolongement se développa vers la joue, qu'elle repoussa en dehors.

Enfin un troisième prolongement vint faire issue par la bouche, en dehors, et s'étala vers le nez et vers le menton.

Ce malade a été vu l'an dernier par plusieurs chirurgiens en province et à Paris, qui refusèrent de pratiquer l'intervention.

J'ai vu ce malade en septembre 1907, dans son village ; sa situation était lamentable. La tumeur extra-buccale, grosse comme les deux poings réunis d'un adulte, sort directement en avant par la bouche, dont l'ouverture est très distendue. Elle repousse les incisives supérieures, la lèvre supérieure et le nez en haut. En bas, elle descend jusqu'au dessous du menton. La surface est ulcérée. De temps en temps, avec son couteau, le malade ouvre quelques petits abcès à sa surface.

Dans le vestibule de la bouche, il y a un lobe jugal gros comme 2 poings réunis d'adulte. Toute la joue gauche est repoussée. La commissure labiale est déviée à gauche.

Le lobe franchement intra-buccal est difficile à examiner. Il est gros comme une orange.

Le malade ne peut se nourrir qu'en introduisant les aliments, après avoir soulevé le lobe extra-buccal, véritable trompe.

L'orbite et l'œil gauche sont sains. Il n'est pas possible d'apprécier l'état des fosses nasales. Pas de ganglions sous-maxillaires.

L'état général est bon.

La tumeur étant très dure à la palpation, peu vasculaire apparemment, elle paraissait assez pédiculée. J'ai fait en-

trer le malade à l'Hôtel-Dieu, dans le service de mon maître, le professeur Le Dentu.

Opération, le 14 octobre 1907. — L'anesthésie est bien supportée. Avec l'anse galvanique, je circonscris le pédicule extra-buccal. La section est lente et difficile, étant donnée la dureté de la tumeur. Les difficultés possibles de l'anesthésie me font abandonner l'anse galvanique et sectionner rapidement le pédicule avec les ciseaux. Il n'y a pas d'hémorragie notable pendant cette section.

Section jugale horizontale de Jager, pour mieux aborder le pédicule.

Section du pédicule du lobe vestibulaire jugal de la tumeur. Les mâchoires sont écartées, et je trouve un lobe extra-buccal adhérent à la face inférieure du maxillaire supérieur à la voûte palatine osseuse.

Incision des téguments en longeant le rebord sous-orbitaire horizontalement, puis le sillon naso-jugal, comme pour le 1er temps de la résection du maxillaire supérieur.

Section sur la ligne médiane de la voûte palatine et résection partielle du maxillaire inférieur, en laissant le plancher de l'orbite. Le pédicule d'insertion de la tumeur est bien la voûte osseuse palatine ; le sinus maxillaire est repoussé en haut et aplati.

Tamponnement de la plaie, suture des téguments. A mon étonnement, les suites de l'opération ont été très régulières. Lavage de la bouche. Il n'y eut pas de fièvre. A la suite de l'ablation, la joue gauche resta un peu flottante et la commissure gauche très sortie en dehors. Je fis alors un évidement esthétique, qui donne actuellement à la bouche une petite dimension régulière.

En novembre 1910, le malade est bien portant, sans trace de récidive locale ou à distance.

Examen microscopique de la tumeur. — Un premier examen a été fait en 1907. Il s'agissait de fibrome. Par place, il y avait des cellules embryonnaires qui font penser à un fibro-sarcome. Nouvel examen en 1910. D'autres fragments sont examinés par un autre histologiste, qui conclut

au fibrome pur. Il est probable que les cellules embryonnaires signalées dans le 1er examen étaient des reliquats de points superficiels infectés.

Examen macroscopique. — La tumeur est très dure à la coupe, blanchâtre, peu vasculaire. Elle rappelle la coupe des polypes fibreux naso-pharyngiens.

OBSERVATION IV

Polype fibreux de la fosse ptérygo-maxillaire. Exorbitisme. Ligature préventive de la carotide externe. Extirpation en deux temps. Guérison.

(Professeur Cange, *Province Médicale* du 4 février 1911)

Sans antécédents héréditaires, ni personnels, A... Saïd était un jeune indigène de 19 ans, d'une constitution plutôt robuste. Le début de son affection remontait à neuf années et avait été marqué par une gêne croissante de la respiration nasale. Cette gêne légère et supportable dans la journée, s'exagérait pendant le sommeil et déterminait de fréquents réveils en sursaut, puis tandis que la fosse nasale du côté gauche restait en grande partie perméable, celle du côté droit ne tardait pas à s'obstruer complètement. Bientôt, le malade voyait sortir par cette même narine une tumeur qui alla jusqu'à acquérir le volume de l'extrémité du petit doigt.

Ce fut même dans ces conditions, deux ans après le début des accidents, qu'il entra une première fois à l'hôpital en juillet 1896. Le diagnostic fut celui de polype naso-pharyngien, et une intervention chirurgicale fut pratiquée, ainsi qu'en témoigne le registre d'opérations que nous avons pu consulter. Ce que fut au juste cette intervention, il nous est difficile de le préciser ; nous pouvons affirmer

toutefois qu'après trachéotomie préalable, le maxillaire supérieur fut au moins partiellement réséqué et que le malade put quitter le service trois mois après, avec toutes les apparences d'une guérison définitive.

Ce n'était qu'une trêve. Un an plus tard, ce garçon s'apercevait d'un phénomène frappant, l'œil droit commençait à sortir de l'orbite et cet exorbitisme devait progressivement augmenter pendant sept années, jusqu'à acquérir un degré véritablement monstrueux ; en même temps, la face se déformait.

Le malade se présenta à ma consultation, pour la première fois, le 3 avril 1903. La simple inspection permettait alors de constater l'existence d'une cicatrice caractéristique d'une résection du maxillaire supérieur, le développement exagéré d'un réseau veineux palpébral et périorbitaire du côté droit, et la déformation de la face plus proéminente du même côté. Cette déformation était dûe : au soulèvement de la fosse temporale, à l'élargissement de l'arcade zygomatique, au gonflement de la joue, au déjettement en dehors du maxillaire inférieur, et enfin à la protusion du globe oculaire.

L'œil était porté non seulement en avant, mais en bas et en dedans ; malgré ce degré extrême d'exorbitisme, il avait conservé sa mobilité, il n'y avait jamais eu de diplopie. Les paupières fonctionnaient normalement et la parfaite occlusion palpébrale ainsi que l'intégrité fonctionnelle de l'appareil lacrymal, expliquaient l'absence de toute lésion superficielle du globe oculaire. L'examen ophtalmoscopique ne décela également aucune altération des milieux ou des membranes profondes. Bref, la vision était conservée et l'acuité visuelle normale.

A l'examen de la cavité buccale, on constatait que toute la moitié gauche de la voûte palatine avait gardé sa conformation normale ; la moitié droite présentait au contraire des modifications profondes résultant de l'intervention chirurgicale antérieure. Derrière le rebord alvéolaire régénéré, mais dépourvu de dents, on apercevait la fibromuqueuse palatine soulevée et comme « aspirée »

vers le plafond des fosses nasales ; elle était inégale, bosselée et la disparition du plan osseux sous-jacent lui donnait une consistance plutôt résistante. Sur la ligne médiane existait une fente étroite, qui commençant derrière l'arcade dentaire se prolongeait tout à fait en arrière ; elle répondait évidemment à la ligne de division pratiquée autrefois lors de la résection du maxillaire supérieur. En arrière dans la zone membraneuse du palais on ne retrouvait pas davantage l'aspect habituel du voile, avec sa luette et ses piliers ; il y avait à ce niveau une masse inégale à surface lisse et à laquelle tout semblait confondu. L'exploration digitale permet de constater qu'elle remplissait la presque totalité du cavum, sauf du côté gauche où pouvait s'insinuer facilement l'extrémité de l'index. L'apparition d'une hémorragie assez abondante ne nous autorisa pas à poursuivre et à renouveler ce mode d'investigation.

Devant ces constatations, nous nous crûmes autorisés à admettre l'existence d'un polype naso-pharyngien récidivé, et notre diagnostic, erroné ainsi que nous le disions tout à l'heure, fut cependant confirmé par deux de nos confrères spécialistes en matière de rhinologie.

Ce n'est pas tout, la tumeur envahissait manifestement les cavités de la face. De fait, nous la retrouvions par la palpation diffusée et accessible en diverses régions : dans la fosse temporale, sous la forme d'une masse dure, étalée, soulevant le plan musculo-aponévrotique, dans la partie supero-externe de l'orbite, sous l'aspect d'une boule très dure du volume d'une noix, dans la région jugale, enfin au niveau de la brèche osseuse que la résection du maxillaire avait créé au-dessous du globe occulaire, entre le nez en dedans et le bord antérieur de l'os malaire en dehors. Ajoutons enfin pour terminer, que le malade avait présenté à des dates qu'il ne peut préciser, deux épistaxis spontanées légères, qu'il ne souffrait pas, dormait bien, et mangeait de fort bon appétit, que l'audition n'était pas sensiblement modifiée, bien qu'il existât des deux côtés une exagération de la concavité de la membrane du tympan, indice sans doute du renouvellement défectueux de

l'air dans l'intérieur de la caisse. Les seuls troubles fonctionnels résultaient des modifications du timbre et de la résonnance de la voix et de l'insuffisance de la perméabilité des fosses nasales.

Pour des raisons personnelles, Saïd ne put à ce moment entrer à l'hôpital et fut obligé de regagner Mékla, son pays d'origine. Il revient se faire hospitaliser le 25 septembre 1903. Les déformations avaient encore augmenté.

Opération. — L'opération fut pratiquée le 24 novembre 1903. Après ligature préalable de la carotide externe, la tumeur fut abordée par une incision horizontale située à un centimètre au-dessus de l'arcade zygomatique et menée parallèlement à elle depuis le tragus jusqu'à l'apoplyse orbitaire externe. A l'extrémité antérieure de cette première incision, nous en pratiquâmes une deuxième curviligne embrassant dans sa concavité antérieure, le pourtour externe de l'orbite ; ainsi se trouvaient constitués deux vastes lambeaux triangulaires qui furent reclinés l'un en haut, l'autre en bas.

Les différents plans qui comblent la fosse temporale ayant été sectionnés, la tumeur apparut. Sa face superficielle fut facilement isolée des parties molles qui la recouvraient ; sa libération poursuivie dans tous les sens aussi loin que possible, ne s'accomplit cependant pas sans une abondante hémorragie en nappe qui gêna beaucoup en nécessitant des tamponnements incessants. Le malaire, soigneusement dépériosté sur ses deux faces, fut enlevé à l'aide de deux traits de scie portant l'une sur l'arcade zygomatique, et l'autre au niveau du rebord de l'orbite. Le lobe intra-orbitaire fut alors découvert ; contrairement au lobe temporal il fut aisément séparé des tissus voisins, de la paroi osseuse dehors, et des parties molles de l'orbite en dedans. Un écarteur réclinant alors en dedans le globe oculaire, nous pûmes entamer progressivement avec le davier-gouge, la paroi externe de la cavité orbitaire, afin de faire sauter le pont osseux qui séparait le prolongement orbitaire de la tumeur, de sa portion temporale. Malgré ce vaste délabrement, il nous fut impossible

de mobiliser le néoplasme qui tenait par sa face profonde à la fosse temporale et au plafond de la fosse zygomatique et semblait pour ainsi dire faire corps avec eux. Nous en pratiquâmes le décollement avec une rugine convexe agissant à la fois comme instrument tranchant et comme levier. La rugination fut poursuivie assez loin dans la profondeur sans incident ; mais à ce moment, l'hémorragie qui n'avait pas discontinué, devint réellement inquiétante. Le foyer opératoire représentait un puits profond qui se remplissait continuellement d'une énorme quantité de sang que le tamponnement ne parvenait pas à tarir. D'autre part, bien que la durée de l'opération n'ait pas excédé trois quarts d'heure, l'état général du malade ne permettait pas de poursuivre plus longtemps. La cavité fut soigneusement bourrée à la gaze iodoformée et la suite de l'intervention remise à plus tard après « remontage » de l'opéré par des injections de caféïne et de sérum artificiel.

Quatre jours plus tard, quand le pansement fut renouvelé, les mèches de gaze enlevées furent remplacées par d'autres modérément tassées. L'état local était en somme des plus satisfaisants, l'état général se relevait rapidement.

Une deuxième intervention fut pratiquée douze jours plus tard, le 7 décembre 1903, et voici reproduite fidèlement la technique que nous avons suivie :

Le foyer opératoire est ouvert à nouveau en incisant ou en dilacérant à la soude cannelée les parties molles divisées lors de notre première intervention. Le lobe temporal de la tumeur est aussitôt retrouvé et facilement libéré ; il en est de même du lobe intra-orbitaire. Nous agrandissons la brèche osseuse créée au dépens de la paroi externe de l'orbite, en réséquant avec le davier-gouge au ras de la base du crâne, l'apophyse orbitaire du frontal, ainsi qu'une partie de la grande aile du sphénoïde, de façon à arriver jusqu'au point de jonction de la partie intra-orbitaire du néoplasme avec sa portion temporale. En bas, nous réséquons également une certaine étendue d'une mince lame osseuse, vestige du plancher de l'orbite. Puis

L'incision cutanée est agrandie par en bas dans le sillon naso-genien, en suivant le tracé donné par Nelaton pour la résection du maxillaire supérieur. Nous tombons dans une masse de tissus fibreux très dense remplissant l'espace maxillaire, et au sein duquel nous isolons un nouveau prolongement du fibrome : le prolongement maxillaire.

Ainsi, les trois lobes de la tumeur avaient été successivement isolés : le lobe temporal, le lobe intra-orbitaire et le lobe maxillaire. Nous nous rapprochons alors du pédicule en gagnant progressivement dans la profondeur la fosse pterygo-maxillaire comblée elle-même par le néoplasme. A ce moment, une hémorragie formidable de sang noir se produit, que le tamponnement serré parvient cependant à arrêter. Mais l'état général de notre opéré devient réellement inquiétant : la face est pâle, le pouls petit, précipité, irrégulier et il faut aller vite. Avant d'ouvrir la cavité naso-pharyngienne, nous introduisons un doigt dans son intérieur et nous constatons qu'elle est absolument vide et que contrairement à ce que nous supposions, il n'y a pas de tumeur dans son intérieur. La palpation bi-digitale nous montre, en outre, que nos deux index ne sont en tous points séparés que par la seule paroi latérale du pharynx. La rugine convexe guidée par l'index de la main gauche est alors introduite profondément jusqu'au contact de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, et travaillant de haut en bas désinsère la tumeur ; seul, le prolongement orbitaire ne vient pas, mais il est détaché, car une traction modérée permet de le cueillir avec les doigts. A partir de ce moment, l'hémorragie diminue d'une façon notable, et nous pouvons constater, sans pouvoir préciser d'une façon absolue, que la tumeur s'implantait à la base de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde. Du reste, mesurant la profondeur à laquelle nous sommes arrivés, nous constatons qu'elle est de 7 centimètres à compter sur une ligne oblique menée à partir de l'apophyse orbitaire externe du frontal dans la direction du trou occipital. Tamponnement à la gaze iodoformée.

réunion partielle du muscle temporal au catgut et de la peau au crin de Florence.

Malgré les injections quotidiennes de sérum artificiel, de caféïne, d'éther, l'état général reste pendant plusieurs jours des plus alarmants : le facies est plombé, l'asthénie musculaire considérable, le pouls faible et précipité, des vomissements incessants rendaient l'alimentation impossible. Cependant, petit à petit, le malade reprit le dessus.

Le pansement fut refait quatre jours plus tard et les mèches de gaze furent remplacées par un tamponnement plus modéré. La vaste cavité se combla par la suite, lentement et progressivement de la profondeur vers la surface et un mois et demi plus tard, il ne subsistait plus qu'une petit fistule au niveau du rebord externe de l'orbite qui nécessita simplement un petit curettage complémentaire.

Je passe sous silence les suites éloignées de l'intervention. Qu'il me suffise pourtant de dire que le globe oculaire réintégra progressivement sa cavité, mais que par suite de l'absence du plancher orbitaire, il resta sur un niveau inférieur à celui de son congénère, que des massages méthodiques mobilisèrent et assouplirent la nappe d'induration cicatricielle post-opératoire, et qu'enfin grâce à l'abondance et à l'orientation de sa chevelure, Saïd put aisément et heureusement dissimuler les larges délabrements qu'il avait subis.

A la suite de cette intervention, Saïd resta attaché à mon service en qualité d'infirmier. Il paraissait heureux de son sort, pourtant un jour il prit congé de la Sœur, lui annonçant son intention d'en finir avec la vie. Que s'est-il passé ? Personne ne l'a jamais su, mais il était trouvé le soir même, gisant le ventre ouvert, dans une rue de la ville ; transporté à l'hôpital, il succomba dans la nuit. Pendant trois années, la guérison de la tumeur ne s'était pas démentie.

Examen de la tumeur. — La tumeur pesant 40 grammes est représentée par une masse irrégulière résultant de la réunion des trois lobes distincts : temporal, orbitaire, ma-

xillaire. Le lobe temporal affecte le volume d'une grosse noix, il est arrondi et de surface lisse ; le lobe zygomatique est également arrondi, et un peu plus volumineux séparé du précédent par un sillon de démarcation, emprunté à l'arcade zygomatique, quant au lobe orbitaire plus lisse, plus régulièrement uni que les précédents, il affecte la forme et les dimensions d'une figue desséchée de moyen volume, ne tenant à la masse principale que par un pédicule relativement étroit.

La surface d'implantation du néoplasme à la base de l'apophyse ptérygoïde est représentée par une zone triangulaire mesurant 1 centimètre de côté.

Voici la note qui nous a été remise alors par notre collègue, le professeur Planteau, qui a bien voulu pratiquer l'examen histologique d'un fragment de tumeur :

« Les coupes pratiquées sur la tumeur enlevée par M. le professeur Cange, traitées par le picro-carmin, l'hématéine-éosine ou le Van Gieson, nous montre qu'il s'agissait d'un fibrome fasciculé adulte. Les faisceaux à lignées parallèles et ondulées ne laissent aucun doute à cet égard. En aucun point de nos coupes, nous n'avons pu trouver des régions ou des points présentant les caractères du sarcome fuso-cellulaire.

Il faut dire cependant que sur nos préparations à l'hématéïne-éosine, nous trouvons dans ce tissu fibreux de nombreux noyaux, ce qui indique que, quoique représentant les caractères du tissu fibreux adulte, le néoplasme est encore en voie d'accroissement.

Mais nous n'avons encore constaté ce fait bien connu d'ailleurs, pour les fibromes particuliers dit naso-pharyngiens, l'existence de nombreuses lacunes déjà bien visibles à l'œil nu.

Au microscope, elles se montrent sous l'aspect de vastes cavités irrégulières, gorgées de globules rouges, creusées au sein des fibres conjonctives et dépourvues de paroi apparente : c'est un véritable fibrome télangiectasique.

Et après avoir rapporté la classification de Gross, Rohmer et Vautrin : 1° en polype basilo-pharyngien ; 2° en polype multilobé, et 3° en fibroïde de la fosse ptérygo-maxillaire, M. le professeur Cange fait suivre son observation des réflexions suivantes :

« Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous avions pensé à un polype naso-pharyngien récidivé et propagé, sur la foi de deux de nos confrères, et parce qu'une masse renitente remplissait la moitié droite du cavum. Nous avons pu constater, au cours de notre intervention, que le pharynx était absolument libre, qu'il ne contenait aucune tumeur, et ceci fut confirmé encore dans la suite par un examen approfondi que voulut bien pratiquer notre maître et ami, le professeur Sieur, du Val-de-Grâce. Donc, il s'agissait d'une tumeur située tout entière en dehors du pharynx et dès lors trois hypothèses peuvent être envisagées et discutées.

« On pourrait songer à un polype naso-pharyngien de la deuxième variété dont la portion endo-pharyngée seule aurait été extirpée lors de l'intervention initiale et dont les prolongements méconnus ou épargnés auraient continué à se développer ultérieurement dans les régions péripharyngiennes. Cette opinion n'est guère défendable : il n'est pas, en effet, prouvé que ces néoplasmes puissent contracter des adhérences secondaires et que ces adhérences suffisent à assurer leur vitalité et encore moins leur développement. Sébileau ne donne-t-il pas comme un des caractères fondamentaux des polypes naso-pharyngiens leur tendance à s'étendre, à s'insinuer dans les cavités et les régions voisines et cela sans y adhérer et sans y prendre d'implantation secondaire. Kirmisson, Potherat professent une opinion identique. Il y a aujourd'hui longtemps, Franz Kœnig exprimait déjà l'avis que les prolongements des fibromes *isolés du reste de la tumeur et par conséquent de sa base d'implantation*, étaient voués à l'atrophie, alors même que ces adhérences — aujourd'hui contestées, je le répète — étaient cependant assez étendues

pour assurer leur nutrition. « Ces prolongements, écrivait-il, semblent n'être susceptibles d'accroissement que lorsqu'ils sont en relation avec la masse principale de la tumeur. »

« Nous voici donc amenés tout naturellement à envisager l'hypothèse inverse : celle d'un polype de la troisième variété : polype extra-pharyngien dont le seul prolongement pharyngé aurait été enlevé. Mais il me semble impossible qu'un prolongement accessoire ait pris un développement tel qu'il sorte par la narine correspondante sans que la masse principale, le corps même du néoplasme ait lui-même acquis un volume suffisant pour ne pas passer inaperçu.

« Enfin une troisième et dernière hypothèse peut être admise : celle du polype fibro-angiomateux de la fosse ptérygo-maxillaire, qui aurait eu pour point de départ le périoste de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et qui aurait ensuite évolué pour son propre compte, indépendamment de toute relation avec le polype naso-pharyngien et parallèlement à lui.

« Que l'on admette l'une ou l'autre de ces deux dernières hypothèses, notre observation rentre toujours dans le cadre des fibromes extra-pharyngiens et doit être rapprochée des faits récents de Delbet et de Nélaton. Son siège, son évolution, son point d'implantation même sont à ce point de vue caractéristiques et si, après désinsertion de la tumeur à la rugine, nous n'avons pas, comme Delbet, senti au niveau du point d'attache l'os dénudé et irrégulier, pour cette bonne raison que nous n'avons pas fait cette recherche, nous avons, du moins, retrouvé sur le néoplasme la trace de cette implantation sous l'aspect d'une surface triangulaire irrégulière de 1 cent. de côté. »

CHAPITRE II

Nous avons montré, dans notre premier chapitre, que le massif maxillaire supérieur pouvait donner naissance à des productions pédiculées extra-pharyngiennes identiques au fibromes naso-pharyngiens proprement dits. L'étiologie, l'anatomie pathologique, l'évolution de ces tumeurs viennent, en plus de leur origine, confirmer cette identité. Deux particularités étiologiques ont frappé l'esprit des chirurgiens qui se sont occupés des polypes naso-pharyngiens : l'âge et le sexe des sujets qui en sont atteints. Les polypes naso-pharyngiens sont surtout des tumeurs de l'adolescence. Ces tumeurs, en effet, apparaissent en général chez des sujets de 16 à 25 ans. Cette particularite s'observe pour les polypes extra-pharyngiens. Le malade de Delbet avait 18 ans, celui de M. le professeur Cange 17 ans. Par contre, le malade de Mauclaire avait 40 ans, et sa tumeur s'était développée depuis 4 ans ; mais peut-être datait-elle depuis plus longtemps et ne s'était-elle développée que tout d'un coup et très rapidement. En tout cas, cette évolution tardive constitue plutôt une exception. Les polypes naso-pharyngiens sont des tumeurs qui frappent avec prédilection le sexe masculin, puisque Plyette n'a pu en rassembler dans un travail ancien que neuf observations d'une authenticité indiscutable chez la femme. Il n'existe pas, à notre connaissance de polypes extra-pharyngiens chez la femme, les cas de Delbet, Nélaton, Mauclaire et Cange concernant tous des individus du sexe masculin.

L'anatomie pathologique montre une parfaite analogie de structure entre les deux variétés de polypes intra et extra-pharyngés. Ce sont essentiellement et par dessus tout des fibromes. Mais, en outre, nous retrouvons dans les polypes extra-pharyngiens toutes les variétés anatomo-pathologiques signalées à propos des fibromes naso-pharyngiens. Commme l'écrit M. le professeur Cange, dans un article de la « Province Médicale », les « polypes naso-pharyngiens sont loin d'être toujours constitués par des fibromes purs ; nous le savons depuis longtemps et nous savons aussi que l'élément vasculaire y devient parfois à tel point prépondérant qu'on doit les qualifier du terme exacte de fibro-angiome. C'est ainsi que Debrie a consacré toute une thèse inaugurale à cette variété de tumeurs, et leur a même assigné des caractères cliniques particuliers. Ces diverses variétés se retrouvent dans les polypes extra-pharyngiens. Dans le cas de Delbet, il s'agit d'un fibrome lymphangiectasique ; la description de Nèlaton, malheureusement écourtée, signale dans le fibrome de nombreuses lacunes vasculaires ; dans notre observation, Planteau avait conclu de son examen à un fibrome télangiectasique. » Dans l'observation de Mauclaire, par contre, la tumeur blanchâtre et peu vasculaire, nous dit cet auteur, présentait à la coupe l'aspect de polypes fibreux naso-pharyngiens. « Un premier examen montra qu'il s'agissait d'un fibrome avec, par place, des cellules embryonnaires qui firent penser à un sarcome, mais un examen ultérieur pratiqué par un autre histologiste permit de conclure qu'il s'agissait d'un fibrome pur ».

Au point de vue clinique, bien entendu, les troubles que déterminent les polypes extra-pharyngiens ne sauraient être comparés à ceux des polypes naso-

pharyngiens, car ils évoluent primitivement dans des régions différentes, et on comprend que les polypes cavitaires s'accusent par des symptômes plus graves, plus dramatiques que les polypes extra-pharyngiens. Mais on retrouve dans ceux-ci, comme dans ceux-là, la lenteur du développement, la tendance à l'envahissement progressif, le refoulement et la compression des organes avoisinants, et la même bénignité dans le pronostic en tant que structure histologique. Voici, du reste, comment Kœnig décrit l'évolution de ces tumeurs : « Les fibromes qui ont pour point de départ la fosse ptérygo-palatine, déterminent des symptômes particuliers en rapport avec la direction de leur développement. Ils se propagent dans l'orbite par la fente sphéno-maxillaire, et provoquent ainsi une névralgie du nerf sous-orbitaire ou des nerfs dentaires postérieurs. La portion orbitaire de la tumeur se divise alors en deux branches, dont l'une menace le bulbe, tandis que l'autre pénètre par la fente sphénoïdale dans la cavité crânienne et arrive en contact avec le cerveau. Un autre prolongement de la tumeur pénètre par le trou sphéno-palatin dans la cavité naso-pharyngienne ; un troisième prolongement remplit la fosse sphéno-maxillaire pour arriver dans la fosse temporale, au dessus de l'arcade zygomatique, où elle forme une tumeur appréciable à la vue. Enfin, une dernière ramification contourne le maxillaire inférieur en passant entre ce dernier et le masséter pour venir former une tumeur bien apparente au dessous de l'arcade zygomatique. »

CHAPITRE III

Traitement. — Le traitement est exclusivement chirurgical ; il doit consister dans une ablation totale du néoplasme, après isolement et libération de sa masse principale, ainsi que des prolongements lorsqu'ils existent.

Deux voies d'accès ont été suivies par les opérateurs : la voie cutanée, la voie muqueuse. La voie muqueuse a réussi à Delbet, mais il n'en a pas été de même, comme nous l'avons vu, dans le cas de Nélaton, où, après deux récidives, ce chirurgien dut intervenir par la voie cutanée et aborder la tumeur après rabattement d'un vaste lambeau triangulaire à sommet interne. De fait, il importe de procéder à l'exérèse totale, en masse, s'il est vrai, comme l'ont soutenu Quénu et Sébileau, « que ce que l'on appelle récidive n'est autre chose qu'une opération incomplète, et que la persistance de l'évolution d'une portion de tumeur laissée en place ». Donc, c'est à la voie cutanée que nous donnerions la préférence.

Mauclaire qui, dans son cas de fibrome à évolution descendante, a voulu procéder à l'ablation par les voies naturelles, dut procéder par morcellement, et fut quand même obligé de recourir au rabattement d'un large volet cutané jugal, en suivant l'incision indiquée pour le premier temps de la résection du maxillaire supérieur. Nous pouvons bien dire ici que ce morcellement pouvait se justifier par l'extrême densité de la tumeur « apparemment peu vasculaire » ; mais on prévoit à quelle hémorragie for-

midable, cet opérateur aurait été exposé si la tumeur, au lieu d'être constituée par un fibrome pur avait été constituée par un fibrome télangiectasique. C'est donc en bloc que la tumeur doit être enlevée, et l'on n'hésitera pas à poursuivre la libération méthodique de ses divers prolongements, et à les débarrasser, même au prix de grands délabrements du squelette, de leurs étreintes osseuses.

Pour les tumeurs rétro-maxillaires sans prolongement dans la cavité pharyngienne et orbitaire, mais remplissant les fosses ptérygo-maxillaire et temporale, Michel a pratiqué la résection temporaire de l'arcade zygomatique qui lui permit de rabattre le muscle masséter, ainsi que la résection de l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur, afin de pouvoir relever vers le haut le muscle temporal. Il put ainsi attaquer directement la tumeur.

La technique suivie par M. Cange dans l'observation IV se rapproche de la résection du trépied orbitaire externe, à l'étude de laquelle Gangolphe a fait consacer la thèse inaugurale de son élève Van de Merris (Lyon, décembre 1901), et dans laquelle nous voyons cet auteur indiquer la résection du trépied orbitaire comme voie d'accès dans la fosse temporale, zygomatique et ptérygo-maxillaire. « En ce qui concerne, dit-il, la chirurgie de la région rétro-malaire, l'opération de Gangolphe peut aussi se trouver indiquée pour la création d'une voie d'accès facile vers les fosses qui s'y trouvent, les organes qu'elles contiennent, lésions qu'on peut y rencontrer. C'est ainsi qu'elle peut conduire à l'extraction des corps étrangers, à l'ablation des tumeurs, à l'ouverture des abcès profonds des fosses, temporales, zygomatiques et ptérygoïdes, à la ligature des artères,

maxillaire interne, sphéno-palatine, à la résection du nerf sphéno-palatin, et du ganglion de Meckel. »

Quant à la ligature primitive des deux carotides externes, on devra y avoir recours dans les cas de tumeurs volumineuses, avec prolongements multiples, enclavés, et pour lesquels on prévoit une libération longue et laborieuse. Elle sera, en tous cas, bilatérale, et l'observation de M. Cange vient démontrer fort justement que la ligature d'une seule des deux carotides, en raison de la richesse des anastomoses vasculaires ne met pas à l'abri d'hémorragies redoutables. Cette double ligature a été, du reste, préconisée par Sieur, Quenu, Rouvillois, pour les polypes naso-pharyngiens.

CONCLUSIONS

1° *Le massif maxillaire supérieur peut donner naissance à des fibromes périostiques à évolution extra-phraryngée ;*

2° *Ces fibromes sont, quant à leur étiologie, leur développement, leur structure, identiques aux polypes naso-pharyngiens proprement dits ; ceux-ci étant le plus souvent, d'après certains auteurs, des polypes du massif maxillaire supérieur à évolution endo-pharyngée ;*

3° *Le traitement de ces fibrome consiste dans une ablation complète de la tumeur réalisée même aux dépens de larges mutilations du squelette de la face.*

Alger, le 30 Juin 1911.

Vu : *Le Président de thèse,*
Cange.

Vu : *Le Doyen :*
Curtillet.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur,
E. Ardaillon.

BIBLIOGRAPHIE

BOEUF. — *Des polypes fibreux de la base du crâne.* Thèse, Paris, 1875.

CANGE. — *Un cas de polype extra-pharyngien.* (Province Médicale, 4 février 1911.)

CASTEX. — *Collection Le Dentu et Delbet : Oto-rhino-laryngologie.*

D'ORNELLAS. — *Anatomie pathologique et traitement des polypes fibreux.* Thèse, Paris 1854.

DE GANDT. — *Diagnostic différentiel des polypes naso-pharyngiens.* Thèse, Paris, 1867.

GROSS, ROHMER et VAUTRIN. — *Pathologie et clinique chirurgicale,* tome II.

KOENIG. — *Traité de pathologie chirurgicale spéciale,* tome III.

GOSSELIN. — *Du traitement des polypes des fosses nasales et du pharynx.* Thèse concours, 1850.

MAUCLAIRE. — *Un énorme fibrome près de la face inférieure du maxillaire supérieur.* (*Archives de Chirurgie générale,* décembre 1910).

PIACHAUD. — *Polypes naso-pharyngiens et ptérygo-maxillaires.* (*Buletin chirurgie* 1863.)

TRÉLAT. — *Polypes à prolongements multiples.* (*Bulletin de la Société de Chirurgie,* 1882, page 832.)

VERNEUIL. — *Polypes naso-pharyngiens.* (*Bulletin Société Chirurgie,* 1860.)

Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 1910, n^{os} 2-5 6-7-9-10. (Delbet, Nélaton, Kirmisson, Sébileau, Potherat, Sieur, Pozzi.) *A propos des polypes naso-pharyngiens.*

Imp. F. Montégut et A. Deguili, Agha-Alger. (tél. 8-63)

IMPRIMERIE AGRICOLE & COMMERCIALE
Vve F. MONTÉGUT & A. DEGUIL
Agha - Alger